



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

---

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1935, 12(5): 1362-1365

ISSUE DATE:

1935-09-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204321>

RIGHT:

テ包ミ得ズ、故ニ眞ノ大キサ又ハ周圍ニ對スル限界ヲ認知スル事ヲ得ズ。

2) 病的變化ヲ受ケタル胃ヘ空氣ヲ送入スル事ハ胃壁ヲ伸展シ特ニ彈力性ヲ失ヒタル胃癌等ニテハ破壊穿孔スル危險アリ。本例ニ於テモ不幸ニシテ脆弱ナ癌腫ヲ伸展シ穿孔ノ原因ヲ作リタルモノナリ。

本例ノ如キ經驗ニ依リテ今後注意スベキコトハ、胃癌ヲ有スル胃ノ壁ノ穿孔ハ癌腫ガ健常胃壁ニ移行スル oral ノ境界部ニ於テ多クハ胃前壁ニ於テ起ル様ナル故、癌腫切除ヲ行ヒ得ズ、單ニ胃腸吻合術ヲ行フカ或ハ試験的開腹術ノミニ終ル如キ場合ニテモ大網膜ヲ癌ノ周圍ノ胃壁殊ニ其ノ oral ノ部ニ於テ癒着セシメ他日穿孔ニ備フ事ハ合理的ナル處置ト考フ。

## 臨床診斷ト手術所見

### 膽石症ノ手術ニ就テ

吉 田 久 士 (京都外科集談會昭和10年5月例會所演)

患 者: 35歳ノ農夫。

主 訴: 右季肋下部ノ絞扼性疼痛及ビ嘔吐ノ發作。

現病歴: 本年4月14日過勞ノ後、夕方カラ右季肋下部ニ突然痙攣ガ現ハレ、4回嘔吐ヲ來シタ。吐物ハ主トシテ食物殘渣デアルガ、後ニハ胆汁様ノモノヲ混ジテキタ。數回鎮痛劑ヲ注射ヲ受ケテ疼痛ハ幾分輕快シタガ依然右季肋下部ニ時々絞扼性ノ疼痛ガアリ、此レハ何處ニモ放散シナイガ非常ナ劇痛デアルト云ツテキル。食思ハ全ク障碍サレテ5日以前ヨリ殆ンド絶食シテキル。元來脂肪ノ多イ食物ヲ好ムガ、發作ト食事ニ攝生トノ間ニハ關係ガ無イヤウニ思フ。糞便ガ黒クナツタコトハ今迄ニ無イ。

既往歴: 約7年前過勞ノ後ニ今回同様ノ疼痛發作並ビ嘔吐ガ現ハレ約1週間ニテ疼痛ガ去ツタ。其際ニモ疼痛ハ放散スルコト無ク、發熱、黃疸等ニモ氣付カナカツタ。斯ル痙攣様ノ發作ハ毎年1回宛、季節ハ不定デアルガ大體過勞ノ後ニ現ハレルノヲ常トシタ。最近2年間ハ發作無シニ經過シテキタト云フ。

現在症: 入院シタ日ハ體溫38.2°C、脈搏108デ疼痛ノ爲メ相當ニ苦シンデキタ。一般狀態ニ特記スベキコト無ク、何處ニモ黃疸ヲ認メナイ。腹部ヲ見ルト右季肋下部ガ稍々膨起シテキルノミデ他ニ著變ヲ認メナイ。觸ルト右上腹部ハ壓痛著明デ、著シク腹壁ノ反射性緊張ヲ認ム。Défense ノタメニ膽嚢ハ判然ト觸レルコトガ出來ズ、肝臓ノ肥大モ證明シナイ。

血液像ニテ、5.5%ノヘオゾノフィリー<sup>1</sup>ヲ認メタル他ハ殆ンド尋常。右上腹部ノX線寫眞ニハ結石像ヲ證明セズ。血清<sup>2</sup>ビリルビン<sup>3</sup>反應ハ陰性、モイレングラハト<sup>4</sup>ノ<sup>5</sup>ビリルビン<sup>6</sup>率ハ8デモ尋常。

十二指腸液ヲ檢スルト B-bile ガ出テアリ、之ハ暗綠褐色ニ濁濁シ、中ニ白血球ト蛔蟲卵トヲ相當ニ認メ、蛔蟲卵ハ糞便中ニ於ケルヨリモ多ク、尙 Pigmentsand ノ少量ヲ證明シタ。

十二指腸ノX線單獨撮影: Bulbus ノ下方ニ異常ニ強イ攣縮ガ起ルガ狹窄又ハ壁癰ヲ證明シナイ。

診 斷: 以上ノ所見ニヨリ膽石症ヲ診斷ノ下ニ手術ヲ行ツタ。

手術所見: 最初、正中線切開ニヨリ胃及ビ十二指腸ヲ檢査スルニ胃ハ殆ンド健常、唯幽門ガ拇指ヲ通ズル位ニ擴大シテキル。十二指腸下行部及ビ横行結腸ノ起始部ガ膽嚢ノ前面ト固ク癒着シテキルガ潰瘍ハ證明サレナイ。依テ更ニ斜切開ヲ加ヘ術野ヲ擴大シテ膽嚢ヲ精査スルニ、膽嚢ハ上3分ノ1ノ部ニテ異常屈曲ヲ營ミ、嚢底部ハ肥厚シテ灰白色纖維様光澤ヲ呈スルガ全體トシテノ大サハ尋常デアル。膽嚢内ニハ

全然結石様ノ異物ヲ觸レズ。周圍ノ異常癒着ヲ剝離シテ總輸膽管ニ觸レルト甚ダ疼痛ヲ訴ヘル。此際觸診上總輸膽管ハ一種特有デ、彈力性平滑ノ細イ鉛筆大ノ索狀物ヲ觸レル感ジデ、其ノ末端ハ十二指腸内ヘ移行シテキル。蛔蟲ニ違ヒナイト思ツテ十二指腸切開ヲ行ヒ、指ヲ挿入シテ檢シタガ何等ソレラシイモノガ見當ラナイ。併シ依然トシテ總輸膽管ハ索狀物デ充タサレテキルノデ試ミニ穿刺ヲ行フト膽汁ガ出テ來タノデ、確信ヲ以テ總輸膽管切開ヲ行ヒ、直チニ1條ノ蛔蟲ヲ取り出シタ。之ハ比較の活潑ニ動イテキタ。管内ニハ結石等ヲ認メナイ。總輸膽管切開創ハ血管縫合ノ場合ニ準ジテ縫合シ、後腹膜ヲ以テ之ヲ被ヒ、此部ニ近クLチガレットドレーン<sup>1</sup>ヲ挿入シ腹壁ヲ閉ゼタ。

標 本： 長サ約10糎、直徑約0.5糎ノ生活セル1條ノ蛔蟲。

術後ノ經過： 極メテ順調ニテ翌日Lチガレットドレーン<sup>1</sup>ヲ拔去シ、手術創ハ第1期癒合ヲ營ミテ、術後15日目ニ全治退院ス。

本例ハ蛔蟲ガ總輸膽管内ニ迷入シテキタノデ膽石ト同ジ症狀ヲ呈シタノデアル。由來本邦ニ於テハ蛔蟲保有者甚ダ多ク、從ツテ蛔蟲迷入ニ關スル文獻モ多イノデアルガ、迷入部位ニ就テハ膽道ニ最モ多クシテ、蛔蟲ト膽道、肝臓トノ關係ハ其ノ性質ニ於テモ又頻度ニ於テモ頗ル重要性ヲ有シテキル。

若シモ此ノ患者ヲ膽石症ナリトシテ内科的療法ニ委セテ置イタトシタナラバ如何ナル運命ヲ辿ツタデアラウカ。蛔蟲ガ一度狹隘ナル總輸膽管内ニ迷入シ、ソレガ再び頭ヲ廻ラシテ自ラ腸管ノ方ヘ出ルコトハ殆ンド不可能ト考ヘラレル。ソレ故當然Lアスカリス<sup>1</sup>ハ總輸膽管内ニ於テ死滅崩壊シ、總輸膽管内ヘ溜マリ、從ツテ總輸膽管ノ交通ヲ止メル。カクナレバ早晚感染ガ起リ、之ガ上行シテ多發性ノ肝臓膿瘍ヲ形成スルノガ普通デアル。

Lコレハ蛔蟲ノ迷入デアル<sup>1</sup>コレハ膽石デアル<sup>1</sup>ト言フ様ニ兩者ノ臨床的鑑別診斷ハ必ズシモツクモノデハナイ。本例デモ明白デアル様ニL B バイル<sup>1</sup>ノ中ニ膽砂ガ證明サレタト言フコトハ決シテ膽石症ニ固有ナルモノデハナイ。

此ノ如クL蛔蟲迷入<sup>1</sup>デアルカ、L膽石<sup>1</sup>デアルカ、此ノ兩者ヲバ必ズシモ鑑別スルコトガ出來ナイトシタナラバ所謂膽石様發作ヲ有スル患者ノ中ニハ本例ノ如クLアスカリス<sup>1</sup>ノ迷入モアリ得ルコトデアルカラ、實際上ニハ高々2,3日以上モ右季肋下部ニ劇痛ガ續イタナラバ、シツコク内科的療法ヲ試ミズシテ早く觀血性手術ヲ行ツタ方が、最善ノ治療方針ト考ヘネバナラナイ。

## 興 味 ア ル 腹 部 腫 瘍

革 島 悟 郎 (京都外科集談會昭和10年6月例會所演)

患 者： 46歳，婦人。

主 訴： 左下腹部ノ鈍痛並ビニ腫瘤。

現病歴： 本年3月初旬頃約1尺5寸ノ高所ニ上昇セシ際ニ左下腹部ニ刺痛ヲ來タシ暫時ニシテ輕快セリ。以來左下腹部ノ鈍痛並ビニ腰痛ヲ來タセリ。4月初旬ニ醫師ニ依リ同所ニ鶩卵大ノ腫瘤ノ存スルヲ認メラル。腫瘤ハ最近稍々増大セル様ニ思ハル。發病以來熱感、惡感、體溫上昇等ヲ伴ハズ。便秘シ糞便ニ血液、膽汁ヲ混ゼル事ナキモ常ニ粘液ヲ混ズ。便柱ハ細小トナリシ事六ク下痢ヲ伴ヒシ事ナシ。

一般所見： 體格榮養中等度，顔貌蒼白ナラズ，苦悶狀ヲ呈セズ。白血球數7500，體溫37℃以下。

局所所見・腹部平坦ニシテ左側稍々膨滿ス。蠕動不穩、靜脈怒張、皮膚異狀着色ヲ認メズ。左下腹部ノ直腹筋外縁ニ於テ臍ノ高サヲ中心トシテ小兒頭大、球形ノ腫瘤アリ。表面平滑ニシテ凹凸ナク、附近トノ境界比較的明瞭ニシテ骨盤高ニ向ヒテ索狀硬結等ヲ觸レズ。被覆皮膚トノ癒着ナク、弾力性硬ニテ波動ヲ證セズ。腹筋ヲ弛緩セシムルニ左右ニ極メテ僅ニ移動セシメ得、腹筋ヲ緊張セシムルニ全然移動性ヲ失シ、腫瘤ノ境界ハ稍々不明瞭トナルモ消失セズシテ觸知シ得。

X線検査：肛門ヨリ「ウンブラートル」1000ccヲ注入シテ検査スルニS字狀結腸、下行結腸下部ニ互ツテ長キ狹窄部アルモ、ソノ狹窄部全長ニ汎リ、粘膜皺襞像ヲ見ル。即チ腫瘤ハ腸管壁外ニアリテ腸管ヲ壓迫シ狹窄ヲ來タセルモノナリ。

診 斷：以上ノ所見ニヨリ結腸ヲ壓迫シ且ツ腹壁ヲモ侵襲セル腫瘤即、炎症性腫瘍ト考ヘテ手術ヲ行ヘリ。

手術所見：左直腹筋外縁ニ沿ヒ皮切ヲ加ヘシニ皮下結締組織ニハ變化ナク、腱膜ハ下方ニテハ非常ニ肥厚硬變ス。健康部ヨリ腹腔内ニ達スルニ腹水ナク、腹膜、腸管ニ變化ナク、大網膜モ充血、淋巴腺腫脹等ノ變化ナク只其先端ハ左下方ニ延ビテS字狀結腸及ビ下行結腸下部ヲ堤狀ニ包ミ更ニ前腹壁ノ浸潤セラレ居ル部分ト腹膜ト固ク癒着シ居リテ全ク炎症性腫瘤ナルヲ以テ強ヒテ癒着ヲ剥ス事ナク腹壁ヲ閉鎖シ、腹壁ノ硬變セル部分ニ切開ヲ加フ。筋膜、筋、腹膜ハ厚キ硬結トナリ居リテ其各層ヲ區別シ得ズ。約1糎半深部ニテ慢性炎症性肉芽組織ニテ充サレシ膿瘍ニ達ス。之ヲ側後方ノ深部ニ向ヒテ搔爬セシニ其ノ最深部ニ長サ2.5糎ノ魚骨1個ヲ發見シ、之ヲ摘出セリ。其ノ内側ニ腸壁ヲ觸レタルモ腸腔トノ交通ヲ認メズ。

考 察：之ノ例ニ於テハ食物ト共ニ嚥下セラレタル魚骨ガ消化セラル、事ナシニ胃、小腸ヲ通過シS字狀結腸ニ停滯セル際偶々急激ナル體動ニ依リ腸管壁ヲ貫通シ輕微ナル結腸周圍炎及ビ限局性腹膜炎ヲ起シツ、腹壁ニ移行シテ此處ニ魚骨ヲ中心トシテ慢性炎症性腫瘤ヲ形成シタルモノナリ。

## 腸 重 積 症 ノ 1 例

町 田 速 雄 (京都外科集談會昭和10年6月例會所演)

患 者：8歳ノ女兒。

主 訴：腹痛。

現病歴：約1ヶ月前ヨリ anfallsweiseニ殆ド毎日激烈ナル腹痛アリ、時ニハ嘔吐アリ。發病以來發熱ナク、便通ハ毎日アリ。口腔及ビ肛門ヨリ3回ニ互リテ數條ノ蛔虫ヲ出シタリ。

腹痛發作ノ際ニ於ケル局所々見：腹部ハ中等度ニ膨滿シ、臍ヲ中心トシテ其ノ附近ニ蠕動不穩ガアリ、臍ノ左上部ニ彈性硬ノ1ツノ腫瘤ヲ觸知ス。移動性アルモ、觸診中ヨク消失ス。腸雜音ハ聞エ、迴盲部及ビ腫瘤ノ左方ニテ少シク金屬性ナリ。直腸膨大部ハ中等度ニ擴大シ、新鮮ナル血液ノ降下ナシ。

腹痛發作ニ際シテハ大體上記ノ如キ局所々見ヲ呈スルモ、只ダ腫瘤ノ位置ハ時トシテ著シク轉換ス。

X線検査：直立位ニテ下行結腸強ク瓦斯ニ充サレ鏡面像アリ。即チ下行結腸下端ニ狹窄アルモ經肛門X線検査ニテ狹窄部ハヤ、擴大シ、且、同所ニ縱走セル粘膜皺襞像ヲ見ル。依ツテ下行結腸ニ機能的狹窄アリト考ヘタリ。

手術所見：下行結腸ニハ何等ノ變化ナシ。病氣ノ本態ハ迴盲部慢性腸重積症ナル事判明ス。又高度ノ移動性盲腸アリ、上行結腸ノ下 $\frac{2}{3}$ ニ互リ容易ニ手術創外ニ引き出し得タリ。重積ノ狀態ハ盲腸ノ側壁ノ第1「ハウストルム」ガ虫様突起及ビ迴腸ノ一部ヲ供ヒ、analナル上行結腸ニ疊入シ、小兒手拳大ノ腫瘤トナル。

重積ハ容易ニ緩解スルヲ得タリ。其ノ内管ハ大部分盲腸自身ニシテ、之ト虫様突起及ビ約 1cm ノ廻腸ヨリナル。強度ノ通過障礙ハ認メラレズ。

内管ハ強度ノ浮腫ヲ來シ、蒼白ナルニヨリ、コノ部ヲ切除シ、廻腸ト上行結腸トノ間ニ側々吻合ヲ爲シ手術ヲ終ル。

考察：腸重積ガ多ク廻盲部ニ來ルハ盲腸部ガ固定サレテアリ、廻腸末端ガ之ニ殆ト直角ニ移行スル事ニ其ノ説明ヲ求ムルモ、本例ノ如ク盲腸ガ強度ノ移動性ヲ有シ、廻腸其自身ノ移動性ト何等異ナル所無キ程度ニテモ腸重積ノ發生シ居ル事ヨリ察スルニ、廻盲部ノ固定ハ腸重積ノ發生ニ重要性ナキモノナリ。

更ニ、1) 廻盲部ニ於ケル腸管ノ Lumen ニ非常ナル相異アル事 2) 廻腸ガ盲腸ニ殆ト直角ニ移行シ居ル事 3) 蛔蟲ニヨル腸蠕動ノ昂進。コノ3者ガコノ腸重積ノ原因ヲ爲シタルモノナラン。

何故ニ慢性腸重積症ナル形ヲ呈シタルカニ付キテハ、Scheide ナル盲腸ノ Lumen ガ多分先天性ニ、非常ニ大ナリシ事が主ナル原因ト考ヘル。コノ點ヨリ更ニ考ヘラルハ、Lumen ノ非常ニ大ナル横行結腸ニ、Lumen ノ小ナル廻腸ヲ吻合サセル場合、ワザト逆蠕動性ニ吻合スルカ、順蠕動性デ行フナラバ、兩者ノ腸管壁ノ癒着ノ範圍ヲ廣クスル事が合理的ナリ。

## 手術方法ノ研究

### 胃潰瘍穿孔2例ト其ノ手術方針ニ就テ

高橋 幹夫 (京都外科集談會昭和10年6月例會所演)

第1例：43歳ノ男子。穿孔後13時間目ニ開腹。皮膚切開ハ劍狀突起ヨリ臍ニ到ル中央切開ト其ノ上1/3ノ點ヨリ直腹筋外縁ニ到ル斜切開ヲ以テス。腹腔内ニ多量ノ胃内容物ヲ認メコレヲ清拭ス。幽門部ニ大網膜癒着アリ、穿孔部位ハ幽門部前壁小彎側ニシテ孔ノ大サ小指頭大、穿孔部ニ大網膜「タンポナーデ」ヲ施シ胃壁ニ縫付ケ胃ヲ略ソノ中央ニテ切斷、v. Eiselsberg 氏ニヨル幽門曠置胃空腸吻合術ヲ行ヒ右側腹部ヨリ穿孔部及ビ小骨盤腔ニ向ツテ排膿管ヲ挿入ヘ。患者ハ不幸術後9日目ニ死亡セリ。

第2例：44歳ノ婦人。4日前穿孔シ局所ニ限局性膿瘍ヲ形成シ術前7時間前再度穿孔シ汎發性トナレルモノナリ。皮膚切開同前。腹腔内ニハ膿様漿液存スルモ胃内容物ヲ見ズ。穿孔部位同前。穿孔部ニハ大網膜ノ固キ癒着アリ、更ニ膽嚢下部モコハ癒着セリ。依テコノ癒着ヲ補強シ更ニ大網膜ヲ以テ被覆シ挿入ノ如クコノ大網膜ヲ通ジテ胃前壁及ビ一部横行結腸ヲ腹壁ニ縫付ケ穿孔部ニ對シテ牆壁ヲ設置シ空腸瘻ヲ造リタリ。排膿法ハ同前。術後ノ經過甚ダ順調ナリ。

胃潰瘍ニ對スル處置トシテハ胃切除術最モ確實ニシテ完全治癒ヲ營ム。之ヲ早期ニ行ヘルモノニアツテハソノ死亡率僅少ナリ。Kreuter 氏ノ150例ニ就テノ報告ニヨルモ之ヲ6時間以内ニ行ヘルモノニアツテハ僅カニ 6.5%ニ過ギズ、6—12時間ニ行ヘルモノハ 53.8%ナリ。コレヲ姑息的ニ手術セルモノ(胃腸吻合術ヲ含ム)16時間以内ノモノ 12.5%、6—12時間ニ行ヘルモノ 18.7